UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 120

FACULTÉ DE MEDECINE

LIPOMES DU SEIN

ET

DE LA RÉGION MAMMAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

PAR

Pierre TESSONNIERE

Né à Montpellier (Hérault), le 13 novembre 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof. adj
SOUBEYRAN, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

LIPOMES DU SEIN

ET

DE LA RÉGION MAMMAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 120

FACULTÉ DE MEDECINE

LIPOMES DU SEIN

ET

DE LA RÉGION MAMMAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Pierre TESSONNIERE

Né à Montpellier (Hérault), le 13 novembre 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof. adj
SOUBEYRAN, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. lib. (ch. de c.)
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, Prof. adj.	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

P. TESSONNIÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES AGRÉGÉS

SOUBEYRAN, MASSABUAU,

P. TESSONNIÈRE.

LIPOMES DU SEIN

ET

DE LA RÉGION MAMMAIRE

M. le professeur Tédenat ayant eu l'occasion d'opérer soit en ville, soit dans son service à l'hôpital Suburbain plusieurs cas de lipomes de la région mammaire, a bien voulu nous donner les observations qui servent de substratum à notre thèse. C'est à lui que nous devons l'idée et le plan de ce travail.

Les cas de lipomes développés à l'intérieur de la glande sont trop peu nombreux pour former la matière d'une thèse. Il pourra donc y avoir plus d'intérêt à parler de toutes les tumeurs lipomateuses qui siègent dans la région mammaire. M. le professeur Tédenat nous ayant soumis le cas d'un lipome de cette région, mais d'origine osseuse avec pédicule le rattachant à une côte, nous aurons à nous occuper des lipomes ostéo-périostiques et aussi, à propos d'une observation de M. le docteur Péraire, des lipomes développés sur les glandes mammaires supplémentaires.

Nous n'avons d'autre ambition que celle de classifier et de résumer les opinions des divers auteurs qui ont

écrit sur le sujet, en le faisant d'une manière aussi simple et aussi classique que possible.

Les faits nouveaux que nous apportons, nous les devons à l'expérience de M. le professeur Tédenat : qu'il nous soit permis de le remercier ici d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous éprouvons un très grand plaisir à remercier MM. les professeurs agrégés Soubeyran, Massabuau et Delmas, de leur amicale bienveillance à notre égard.

HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs lipomateuses ne remonte pas très loin puisque, en 1709, Littré pour la première fois en parle et leur donne leur nom.

Après Littré, Astley Cooper et Velpeau, dont nous citons les observations, opèrent des cas de ce genre. Nélaton, dans sa thèse d'agrégation (Des tumeurs de la mamelle), parle des lipomes de la région du sein. Duplay et Reclus, dans leur «Traité de Chirurgie», citent l'exemple du volumineux lipome de Billroth.

Queirel, de Marseille, en 1889, présente au Congrès de Chirurgie un cas de lipome volumineux chez un homme. Viennent ensuite les observations de Braquehaye et de Bégouin, celle du docteur Péraire de Lyon et enfin les observations originales que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie des tumeurs lipomateuses du sein se réduit à peu de chose et ne prête guère à la discussion. Il y a cependant un certain nombre de questions qu'on est amené à se poser au cours de l'étude de ces tumeurs.

Le lipome se voit, on peut dire, à tous les âges, de 15 à 80 ans, avec une préférence marquée de 30 à 40. Masse cite le cas d'un lipome congénital diffus de la paroi thoracique antérieure chez un enfant de 15 mois ; ce lipome opéré guérit d'ailleurs très bien.

L'influence du sexe a été assez discutée. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Riberaud, dans sa thèse de Paris (1907), dit que le lipome du sein existe chez la femme dans une proportion de 75 %.

L'influence des règles sur le développement et l'évolution du lipome mammaire peut être citée. Dans une observation du professeur Tédenat, la malade avait remarqué que sa tumeur grossissait et devenait douloureuse à l'époque des règles.

La grossesse paraît sans influence sur l'apparition du lipome, mais elle semble lui imprimer un développement

plus grand. On peut lire, en effet, dans une observation de Velpeau, qu'après chaque accouchement la malade voyait sa tumeur augmenter d'une façon sensible.

L'influence du traumatisme a été invoquée par les uns et niée par les autres. Sans attribuer à tous les lipomes cette origine, nous pensons que les traumatismes répétés de certaines régions peuvent influer sur leur production. M. Reclus présente à la Société de Chirurgie en 1907 l'observation d'un malade porteur de deux lipomes symétriques de la région thoracique. Le lipome le plus volumineux siégeait du côté où frottait la courroie qui lui servait à porter les fardeaux. Verneuil a noté la présence de lipomes chez les forts de la halle.

Y a-t-il une relation entre un abcès ou une suppuration quelconque du sein et la production d'un lipome ? Il y a lieu de ne pas être affirmatif à ce sujet ; toutefois nouspo uvons remarquer que, dans une de nos observations due à M. le professeur Tédenat, un lipome vint se développer juste à l'endroit où avait été incisé un abcès du sein. (Observation de Tédenat.)

Enfin, en dernier lieu, l'hérédité ne paraît pas être une vraie cause de lipomes, quoiqu'on ait remarqué l'existence de ces tumeurs chez plusieurs membres d'une même famille.

Pour la pathogénie nous nous bornerons à citer sans les commenter les opinions des divers auteurs.

D'après les uns, le lipome procèderait du tissu muqueux ou embryonnaire dont les cellules se remplissent progressivement de gouttelettes de graisse.

Delbet pense que le tissu érectile des angiomes se transforme en lipome. Il invoque pour preuves les exemples nombreux de lipomes congénitaux dans lesquels le

développement des vaisseaux était considérable, et mieux encore ceux dans lesquels on a vu une tumeur graisseuse se développer aux lieu et place d'un nœvus. On peut, dit-il, être tenté d'appliquer cette pathogénie au développement du lipome chez l'adulte. D'autre part il ne manque pas d'exemples de processus inflammatoires ayant abouti à la production de formations lipomateuses.

Il est probable que toutes ces causes ont pour intermédiaire la production d'un tissu embryonnaire et une néoformation de vaisseaux et que cette espèce de vascularisation transitoire fait un terrain favorable au développement exagéré du tissu adipeux.

Nous citerons aussi la théorie nerveuse qui attribue leur formation à un trouble de la nutrition sous l'influence du système nerveux.

Dire que le lipome représente une anomalie de la nutrition locale, par opposition à l'adipose qui est un trouble de la nutrition générale, n'est que constater un fait.

En fin de compte, la véritable cause de la production des lipomes paraît nous échapper, nous n'en voulons pour preuves que la multiplicité des opinions au sujet de leur étiologie et de leur pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des lipomes de la région du sein ressemble assez à celle des lipomes des autres régions du corps. Elle en diffère cependant par certains points sur lesquels nous insisterons. Ces différences ont trait surtout à l'anatomie des lipomes intra-glandulaires et à celle des lipomes d'origine périostique qui ont été l'objet de travaux et de communications récentes.

Le volume des tumeurs lipomateuses est très variable. Petites au début et tout juste de la grosseur d'une noisette, elles peuvent acquérir par un lent et progressif développement un volume énorme (cas de lipomes congénitaux et du lipome de Billroth).

Les lipomes étant des tumeurs formées de tissu adipeux modifié pourront se développer dans tous les endroits du corps humain où se trouve de la graisse, et par conséquent, dans la région du sein où elle est très abondante.

Diffus, ils se continuent sans ligne de démarcation bien nette avec le tissu cellulaire de la région. Encapsulés, ils sont complètement séparés des tissus avoisinants par une enveloppe mince fibreuse. Par incision de la capsule, la tumeur peut très facilement s'énucléer. Elle apparaîtra comme une masse molle de couleur jaunâtre, semblable à de la graisse.

Il serait difficile de classer les lipomes d'après leurs caractères anatomo-pathologiques. Il sera plus aisé de les distinguer par leur siège, tout en indiquant leurs différences au point de vue anatomique.

Nous aurons ainsi :

1° Des lipomes intra-glandulaires ;

2° Des lipomes extra-glandulaires, ces derniers pourront être secondairement divisés en :

a) lipomes simples ;

b) lipomes développés sur une glande mammaire supplémentaire ;

c) lipomes d'origine ostéo-périostique.

Ajoutons que d'une façon générale, les lipomes peuvent être soit diffus, soit encapsulés.

Les lipomes de la région du sein ayant des caractères communs avec ceux des autres régions, nous donnerons d'abord une description de l'anatomie des lipomes.

Leur structure est celle du tissu adipeux ; toutefois, les cellules sont plus volumineuses qu'à l'état normal. Des cloisons de tissu conjonctif lâche séparent les lobules qui sont eux aussi plus grands qu'à l'état ordinaire.

C'est dans ces cloisons fibreuses que rampent les vaisseaux. Ceux-ci vont ensuite se diviser en un réseau qui entoure et enveloppe une ou plusieurs cellules adipeuses.

En somme, comme le dit Delbet (*Traité de Chirurgie*), trois éléments bien distincts prennent part à la formation du lipome : la cellule adipeuse, les faisceaux du tissu conjonctif et l'élément vasculaire. D'autres éléments peuvent se surajouter et modifier la structure intime de ces tumeurs. On a décrit en effet des lipomes myxomateux ; des lipomes osseux parcourus de travées osseuses et

des lipomes constitués par un mélange de tissus fibreux et adipeux.

Telle est, d'après les auteurs, l'anatomie du lipome banal, dans lesquels on trouve suivant les cas, une prédominance soit du tissu fibreux, soit du tissu adipeux.

Les cas les plus intéressants peut-être, mais aussi les plus rares, sont ceux de lipomes intra-glandulaires. Dans ces cas, la tumeur a poussé des prolongements dans les interstices de la glande. Nous n'avons trouvé de cette variété de tumeurs que quatre exemples. Celui d'Astley Cooper (*Œuvres chirurgicales*, 1855), celui de Kœler (*Charité Annalse*, 1888), celui de Bégouin (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1892) et enfin l'observation originale que nous devons à M. le Professeur Tédenat.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage de l'observation de Bégouin qui a trait à l'anatomie de ces sortes de tumeurs lipomateuses et qui d'ailleurs est remarquable pour sa précision :

« On voit, en effet, à un faible grossissement qu'au milieu du tissu adipeux qui forme la plus grande partie de la préparation, sont disséminés sans limitation précise des tubes glandulaires en amas plus ou moins considérable, réunis entre eux par du tissu conjonctif. Les uns, dilatés, renferment une masse jaunâtre formée par du lait coagulé, les autres ont une lumière ouverte qui apparaît comme un point transparent et, à un plus fort grossissement, on distingue de gros cristaux étoilés de margarine ou de stéarine disséminés au milieu du tissu adipeux. Parmi les tubes glandulaires dilatés, les uns ont perdu leur épithélium, les autres ont conservé par endroits un épithélium, cylindrique le plus souvent, quelquefois cubique. Les tubes de petite dimension sont formés d'une paroi externe conjonctive et d'un épithélium cubique à

une seule couche de cellules. On ne voit aucun vaisseau. »

A l'étude de ces lipomes intra-mammaires dont Bégouin nous donne une description si nette, peut se rattacher, au point de vue anatomo-pathologique, l'étude des lipomes de la région mammaire dans lesquels on trouve des tubes glandulaires et des canaux galactophores. L'observation de Péraire (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1907) nous fournit l'exemple d'un lipome de l'aisselle contenant des canaux galactophores. L'étiologie de ces lipomes, dit M. Morestin, mérite d'être étudiée avec soin. Il est possible que des glandes mammaires ectopiques interviennent dans leur formation. Remarquons d'ailleurs à l'appui de cette interprétation que ces lipomes paraissent bien plus fréquents chez la femme.

Nous avons enfin à nous occuper des lipomes d'origine osseuse. Les observations de ce genre de faits se multipliant ces derniers temps et M. le professeur Tédenat nous ayant soumis une observation de lipome de la région mammaire avec pédicule le rattachant à une côte, il nous a paru utile de ne pas les passer sous silence.

Ces variétés de tumeurs ont été mises en lumière par M. Schwartz en 1907, dans une communication à la Société de Chirurgie. Les connexions des tumeurs lipomateuses avec le squelette doivent, dit-il, attirer notre attention. A ce propos il y a lieu de distinguer des lipomes ostéo-périostiques que M. Schwartz considère comme très rares et des lipomes d'origine périostique. Les auteurs ont surtout mis en évidence la multiplicité des attaches périostiques (cas de Heyfelder, de Jeanbrau, de Braquehaye), qui leur ont fait admettre des tumeurs primitivement et secondairement périostiques.

Ces tumeurs s'accompagneraient de modifications osseuses de voisinage, exostose ou bourrelet périostique.

C'est le cas de l'observation de M. Tédenat où le pédicule de la tumeur était nettement sous-périosté et se rattachait nettement à une excroissance osseuse de la côte. Pour certains auteurs, ces tumeurs seraient fixées par le processus d'inflammation chronique qu'elles créent autour d'elles ; pour d'autres il s'agirait de la dégénerescence graisseuse de muscles normaux ou anormaux ; pour d'autres enfin, il s'agirait de la dégénérescence graisseuse d'un angiome périostique.

M. Schwartz, lui, déclare qu'il y a tout d'abord inflammation périostique nodulaire aseptique par traumatisme, ou bien septique relevant d'une infection banale ou spécifique (dans un cas elle aurait été tuberculeuse).

OBSERVATIONS

Observation Première

(Astley-Cooper)

Mistress Smith entra à l'hôpital de Guy en août 1835 pour une tumeur énorme de la mamelle gauche, qui avait 31 pouces de circonférence et 10 pouces et demi de long. La tumeur fut enlevée le 29 août.

On pratiqua d'abord une incision semi-lunaire à la partie antérieure et supérieure de la tumeur et l'on attira celle-ci en bas ; puis on fit une incision le long de la partie supérieure jusqu'à ce que le muscle pectoral fut mis à nu. Ensuite on disséqua la tumeur de haut en bas, dissection qui fut facilitée par la tension que le poids de la tumeur déterminait dans le tissu cellulaire qui l'unissait aux muscles. Un aide comprima tous les vaisseaux à mesure qu'on les divisait, aussi s'écoula-t il peu de sang pendant l'opération. Enfin, une très grande partie de la peau et la totalité de la mamelle, avec la tumeur qui était située derrière elle, furent enlevées. Les bords de la plaie furent maintenus rapprochés au moyen de plusieurs points de suture et de bandelettes agglutinatives. La guérison fut rapide. La tumeur, qui est conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, pesait 14 livres 10 onces (poids anglais).

Observation II

(Astley-Cooper)

Une femme nommée Martin entra à l'hôpital de Guy pour une tumeur du sein, qui avait un volume considérable et qui paraissait, au toucher, provenir d'une hypertrophie des différents lobes qui composent la glande mammaire. Lorsqu'on eut incisé la peau dans l'intention de pratiquer l'extirpation de la tumeur, on reconnut que tous les paquets graisseux qui entrent dans la composition de la mamelle avaient augmenté de volume et que la glande elle-même était saine. Les différentes ramifications qui constituaient l'ensemble de cette tumeur furent retirées d'entre les différentes parties de la glande, de manière à laisser de larges cavités qui avaient servi de réceptacle à cette espèce de tumeur ramifiée. Une simple incision très étendue fut suffisante pour mettre à découvert toute la surface de la tumeur.

En exerçant des tractions, je parvins à allonger les prolongements cellulaires qui l'unissaient à la glande, et une dissection très simple procura son entier isolement.

Il y a peu de temps que cette personne m'a écrit pour répondre à quelques questions que je lui adressais relativement à l'état de sa santé. Elle m'a répondu qu'elle n'a aucune récidive de sa maladie et que son sein est entièrement libre de toute tumeur.

Observation III

(Bégouin, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 22 février 1892)
Lipome intra-glandulaire du sein

Le lipome du sein est rare et les auteurs s'accordent presque tous pour le considérer comme une tumeur paramammaire plutôt que réellement intra-glandulaire.

J'ai été assez heureux pour rencontrer un vrai lipome du sein, nettement intra-glandulaire, comme le démontrent les préparations dues à l'obligeance de mon ami M. Labrunie. On voit, en effet, à un faible grossissement, qu'au milieu du tissu adipeux qui forme la plus grande partie de la préparation, sont disséminés, sans limitation précise, des tubes glandulaires en amas plus ou moins considérables, réunis entre eux par du tissu conjonctif. Les uns, dilatés, renferment une masse jaunâtre, formée par du lait coagulé ; les autres ont une lumière ouverte qui apparaît comme un point transparent et à un plus fort grossissement, on distingue de gros cristaux étoilés de margarine ou de stéarine disséminés, au milieu du tissu adipeux. Parmi les tubes glandulaires dilatés, les uns ont perdu leur épithélium, les autres ont conservé par endroits un épithélium cylindrique le plus souvent, quelquefois cubique. Les tubes de petite dimension sont formés d'une paroi externe conjonctive et d'un épithélium cubique à une seule couche de cellules. On ne voit aucun vaisseau.

Les préparations proviennent de deux morceaux différents, l'un pris au centre, l'autre à la périphérie de la tumeur : leur examen montre, cependant qu'elles sont

semblables. Dans toutes apparaissent des îlots de tubes glandulaires perdus au milieu du tissu adipeux, qui montrent bien la situation intramammaire du lipome.

L'histoire clinique de la tumeur ne présente rien d'intéressant ; elle siégeait à la partie supéro-externe du sein et elle s'était développée lentement avec toutes les allures d'une tumeur bénigne. La malade, âgée de 47 ans, l'avait découverte par hasard, il y a 2 ans ; elle avait alors le volume d'une noix qu'elle avait à peine dépassé au moment où on l'a opérée.

Observation IV

(Velpeau)

Barois, 42 ans, couturière, mariée, entre à l'hôpital le 3 septembre 1837, pour une tumeur du sein gauche. Il y a 13 ans, cette femme avait déjà ressenti par là quelques douleurs légères, sans qu'elle pût en attribuer la cause à quoi que ce soit. A cette époque elle tombe de cheval, un homme cherche à la retenir, et son sein fut rudement froissé ; la douleur fut très vive, mais le lendemain elle n'y pensait plus. Six mois après, en se déshabillant, elle sentit deux glandes, grosses comme une petite aveline, un peu plus bas que le mamelon, à un pouce à peu près. Jusqu'alors elle n'y avait fait aucune attention ; mais elle croit se souvenir qu'elle ressentait déjà de temps à autre de petites douleurs. Peu de mois (trois ou quatre) après, elle s'aperçut qu'il s'en était formé d'autres autour du mamelon, de manière que le bout du sein était comme enfoui au milieu d'une couronne. Elle n'a pas nourri, mais elle s'est aperçue qu'après chaque couche (elle en a

eu cinq), la tumeur avait augmenté, surtout après la dernière. Des douleurs sourdes, que la malade compare à un vent froid sur une plaie à vif, des élancements répétés sont venus alarmer cette femme l'hiver dernier.

Le sein gauche est gros comme les deux poings, l'autre est peu apparent et bosselé, on y sent six bosselures ou tumeurs distinctes, grosses comme un œuf de cane chacune, les unes plus dures, les autres plus molles, toutes se tiennent ; la peau qui les recouvre est rouge et amincie près des mamelons. Dans son ensemble, la tumeur a six pouces de long sur quatre de large.

Elle se porte un peu du côté de la clavicule, n'est pas sensible à la pression, et quelques unes de ses parties sont comme fibreuses.

Opération de manière à circonscrire la peau malade ou amincie par la tumeur, ligature des artères qui ont donné peu de sang, pansement avec des bandelettes de diachylon. L'examen montre une grosse tumeur formée de lobules graisseux accolés les uns aux autres, la glande mammaire n'est plus reconnaissable.

La plaie suppure un peu ; réunion par seconde intention.

Observation V

Lipomes multiples de la mamelle (Reclus, Clinique de l'Hôtel-Dieu)

Une blanchisseuse de 43 ans nous est envoyée comme atteinte de maladie kystique ; elle est d'une bonne santé habituelle, bien que l'auscultation révèle, dans les deux sommets, une expiration prolongée et rude ; la voix est un peu enrouée et il y a eu de légères hémoptisies. Rien à noter du côté des seins, si ce n'est que, il y a 23 ans, après

un accouchement gemellaire, ils devinrent durs engorgés, mais sans abcès consécutifs, et depuis cette époque aucune particularité ne s'est montrée.

Au milieu de l'année courante, son attention fut appelée, vers le sein droit, par un écoulement sanglant au niveau du mamelon et par des douleurs assez vives irradiées vers l'épaule et le bras; la malade effrayée vient nous consulter et nous constatons sur la peau normale qui recouvre les mamelles une foule de petites tumeurs enchassées dans la glande et dont le volume et la forme sont très variables ; les plus grosses rappellent une noisette, les plus petites un grain de chènevis ; on les sent aussi bien à droite qu'à gauche, et je songeais aussi à une maladie kystique ; mais certaines particularités m'intriguaient un peu ; plusieurs de ces tumeurs, au lieu d'être nettement sphériques, sont aplaties d'avant en arrière, puis elles sont molles, dépressibles, presque fluctuantes, elles n'ont en rien la dureté ligneuse, caractéristique des kystes de la mamelle,

Je plonge l'aiguille de la seringue de Pravaz dans une de ces tumeurs, l'aiguille paraît libre dans une cavité, mais aucun liquide ne s'écoule ; je ponctionne ainsi trois ou quatre saillies sans obtenir même une goutte de sérosité ; alors, grâce à une injection préalable de quelques centigrammes de cocaïne, je puis, sans douleur, inciser la peau sur une de ces tumeurs qui s'énuclée et jaillit pour ainsi dire au dehors. La masse qui s'échappe est régulièrement arrondie, jaune, et paraît être un petit lipome nettement encapsulé. J'ai répété trois fois, sur chacun des deux seins, cette innocente extirpation et, chaque fois, l'examen à l'œil nu et l'investigation microscopique ont prouvé qu'il s'agissait bien d'une tumeur graisseuse pure.

sans adjonction aucune d'éléments sarcomateux ou myxomateux.

Observation VI

(Lannelongue, Bordeaux 1894)
Lipome de la région thoracique

Berthe X..., 20 ans, tailleuse, entrée le 27 juin 1894. Antécédents héréditaires. — Père, mère et sœurs bien portants. Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 12 ans 1/2, très bien, sans douleurs ni coliques.

Il y a deux ans environ, la malade s'aperçut qu'elle avait au-dessous du sein droit une grosseur du volume d'une grosse noix qui ne l'avait jamais fait souffrir et qu'elle n'avait jamais remarquée jusqu'alors.

Depuis, la tumeur a grossi peu à peu, mais sans jamais faire souffrir la malade, sauf depuis huit jours où, par intervalles, elle perçoit un picotement.

Diagnostic. — Lipome.

Opération le 25 juin. — Guérison.

Sortie le 5 juillet.

Observation VII

Queirel (de Marseille). Congrès français de chirurgie. Séance du 12 octobre 1889.

Le nommé Fortuné F..., âgé de 61 ans, concierge dans un pensionnat de demoiselles, maigre, mais d'une bonne constitution, présente une tumeur du sein gauche, demi-sphérique, de la grosseur d'une tête d'enfant, coiffée par le mamelon dans sa partie inférieure, d'une consistance

inégale, demi-molle, rénitente, élastique en certains points, plus ferme, plus dure en d'autres. Cette tumeur, indolore, sans changement de couleur à la peau, est très mobile sur la paroi costale et remonte assez haut dans la région pectorale. En faisant contracter le grand pectoral, cette mobilité devient moins grande et la tumeur est comme bridée, ce qui fait croire, avec juste raison, qu'elle est située en partie sous ce muscle, tandis qu'une autre partie est manifestement sous la peau du mamelon et du sein. C'est bien une tumeur sous-cutanée et nous diagnostiquons un lipome aux signes que nous venons d'énumérer.

Le lent développement de ce néoplasme que le malade porte depuis deux à trois ans (il y a quinze mois, il était gros comme une noix), la forme globuleuse, l'absence de ganglions sur la paroi thoracique, dans l'aisselle ou dans le creux sous et sus-claviculaires, le défaut d'adhérence à la peau et aux parties sous-jacentes, devaient nous faire éloigner l'idée de tumeur maligne et aussi de tumeur diffuse. Il ne restait donc que les tumeurs encapsulées, l'adénome, le fibrome ou les kystes et enfin le lipome.

Mais la consistance devait nous faire exclure les deux premiers néoplasmes, quant aux kystes, l'absence de fluctuation, le poids de la tumeur que l'on prenait à pleine main, sa consistance inégale, nous les firent rejeter et, par exclusion, il ne restait plus que le lipome, quoique nous n'en connussions pas d'exemple.

Nélaton enseignait que, de toutes les tumeurs, le lipome était celle qui était le plus apte à faire commettre des erreurs. Aussi disait-il, si vous hésitiez entre un kyste et une tumeur solide, diagnostiquez un lipome et vous vous tromperez rarement.

Une autre considération plaidait aussi en faveur de ce diagnostic.

Le malade présentait d'autres tumeurs qui ressemblaient à des lipomes ; l'une grosse comme un œuf derrière l'oreille gauche, l'autre sur la fesse gauche, ressemblant à une brioche, c'est-à-dire présentant une double élévation ; l'une petite et cutanée, l'autre plus large et sous-cutanée, ces deux parties de la tumeur étranglées par le derme. Nous étions bien là en présence du lipome en bissac, décrit par Gerdy. Sans croire précisément à une diathèse lipomateuse, nous avouons que la présence de ces tumeurs éclaira singulièrement notre diagnostic.

Le 4 octobre 1887, nous procédons à l'opération. Nous pratiquons une grande incision elliptique, allant d'une des extrémités du diamètre transverse à l'autre, et circonscrivant au-dessous du mamelon un lambeau de peau. Celle-ci, disséquée en haut, nous permet de voir, étalées sur la surface de la tumeur comme un muscle peaucier, quelques fibres du grand pectoral que nous incisons pour aller attaquer directement la partie supérieure de la production morbide. Puis, en bas, nous détachons la peau où se trouve le mamelon. Les conduits de la glande sont coupés ainsi que nous l'avons constaté après à la loupe ; car, à l'œil nu, ils n'étaient pas apparents. La tumeur se dissèque facilement avec les doigts, elle est unie au plan sous-jacent par un tissu cellulaire lâche qui permet de l'extirper sans recourir au bistouri.

Ce plan sous-jacent est formé par la face antérieure du grand pectoral ; quelques fibres superficielles d'un des interstices ont seules été intéressées, il n'y paraît pas après la dissection.

Le malade a perdu peu de sang ; quelques pinces hémostatiques ont été mises pendant l'opération, mais

aucune ligature n'a été faite. Après lavage antiseptique, on ferme la plaie par huit points de suture ; suites très simples ; trois semaines après, guérison complète.

L'examen de la tumeur, qui pèse 800 grammes, prouve bien qu'on avait à faire à un lipome, et le microscope vient confirmer cette opinion en montrant dans toutes les parties le tissu propre au lipome fibreux.

Observation VIII

(Professeur Demons, Bordeaux, 1897)
Lipome de la région mammaire gauche simulant un sein

Au mois de mars 1897, à la consultation de M. le professeur Demons, se présente un homme de 40 à 45 ans, bien constitué, porteur d'une tumeur de la région mammaire.

L'aspect de ce sein rappelle exactement celui d'une jeune fille de 15 à 16 ans ; son volume est celui d'une petite orange ; le mamelon est légèrement proéminent. La palpation permet de sentir une tumeur molle lobulée du volume d'une mandarine.

A côté et en dehors, on trouve nettement la glande mammaire qui semble augmentée de volume. La peau glisse à sa surface, et elle-même est mobile sur les plans profonds. On ne remarque pas d'altération de la peau, pas de ganglions, pas de circulation supplémentaire.

La tumeur avait débuté plusieurs années auparavant, sans que le malade puisse fixer son apparition. Malheureusement l'extirpation n'a pas été pratiquée, le malade s'étant refusé à toute intervention.

Observation IX

Lipôme périostique sous-claviculaire
par M. le docteur Péraire (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1907)

Il s'agit d'une femme de 28 ans, Maria F..., qui, sans aucun traumatisme ni antécédents héréditaires, avait vu survenir dans la région sous-claviculaire une tumeur grosse comme une noisette.

Cette tumeur, à accroissement lent, est actuellement du volume d'une mandarine. Comme on sentait une série de bosselures, je fis le diagnostic de lipome.

Après incision, je tombai, en effet, sur une tumeur lipomateuse s'épanouissant dans le creux sous-claviculaire, puis rencontrant l'os, se dédoublant, une portion passant en avant, l'autre en arrière de la clavicule à laquelle elle adhérait fortement.

Observation X

(Prof. Tédenat)

Lipome intra-mammaire pesant 60 gr. Excision avec conservation de la glande. Guérison (recueillie par M. le docteur Dusser)

Rose P..., 28 ans, entre à la clinique du professeur Tédenat le 3 juin 1903, pour une tumeur du sein gauche.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Excellente santé. A 23 ans, accouchement régulier. Abcès au sein gauche survenu trois semaines après ; peu volumineux, il fut incisé et guérit en 15 jours. Il y a trois mois, la malade a constaté une petite tumeur un peu à gauche

du mamelon, juste au niveau de la courte cicatrice résultant de l'abcès. Bien qu'il n'y ait pas de douleurs, la malade très préoccupée et craignant un cancer consulte M. Tédenat le 10 mai 1903. Santé générale excellente. Seins bien développés, fermes. A quatre centimètres à gauche du mamelon bien saillant et mobile est, au niveau de la cicatrice longue de deux centimètres, une tumeur molle ayant les dimensions d'un œuf de poule. Tout autour de la tumeur existent deux nodules du volume d'une cerise. M. Tédenat diagnostique : adénome kystique et conseille l'excision de la tumeur.

4 juin : après asepsie de la région et anesthésie au mélange ACF une incision radiée externe gauche de cinq centimètres est pratiquée sur la partie centrale de la tumeur. Elle traverse la cicatrise fibreuse. La tumeur mise à nu a l'aspect d'un lipome à gros grains, un peu fermes. Elle pénètre dans l'épaisseur du tissu mammaire, blanc, ferme. Elle est décollée d'une sorte de capsule incomplète ; les deux petits nodules situés à la partie externe de la tumeur se continuent avec le tissu mammaire et ont l'aspect de l'adénome mammaire. Ils sont excisés ; trois ligatures au catgut, suture sans drainage, réunion immédiate. — Guérison, 20 juin 1903.

L'examen des deux nodules a montré la structure du fibrome périacineux ; la tumeur était un lipome type traversé par des travées fibreuses épaisses.

M. Tédenat nous a communiqué l'observation suivante incomplète, puisqu'il y manque l'examen anatomique :

M. X..., 59 ans, est adressé le 5 juillet 1911 à M. Tédenat par le docteur Gazel (de Gigean). Excellente santé, sauf quelques légères manifestations arthritiques. Depuis

deux mois, une tumeur existe au-dessous du mamelon gauche. Elle est allongée dans le sens transversal, du volume d'un œuf de poule un peu aplati Molle et presque fluctuante, on y sent des lobes qui se dessinent sous la peau lorsqu'on presse la tumeur entre les doigts, comme on le ferait pour l'énucléer. La peau a ses caractères normaux et reste mobile sur la tumeur qui augmente lentement de volume. MM. Gazel et Tédenat sont d'accord sur le diagnostic : lipome paramammaire. L'opération sera pratiquée après les vendanges.

Observation XI

(Prof. Tédenat)

Lipome accolé à la partie externe de la mamelle gauche développé à la fois à la face profonde de la mamelle et dans l'aisselle. Poids 1800 gr. Excision. Guérison per primam. (Obs. recueillie par le Docteur Cambassédès).

Madame Marie C..., de St-Laurent-le-Minier, 48 ans. Entre à la clinique de M. Tédenat le 8 janvier 1910. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à 46 ans, elle a eu deux accouchements, 24 et 27 ans, a allaité sans aucun incident. Solidement constituée, jamais de maladie. Seins bien développés.

Depuis 3 ans, une tumeur se développe à la partie externe de la mamelle gauche qui est peu à peu repoussée en avant et en dedans. Aucune douleur : depuis huit ou dix mois le développement de la tumeur est beaucoup plus rapide.

Etat de la malade le 9 janvier 1910. Santé générale excellente. Sein droit ferme, grenu. Le sein gauche est notablement refoulé en dedans par une tumeur molle et presque fluctuante, qui fait rebord à la partie antérieure

du bord externe et se prolonge en arrière du sein qu'elle soulève. La tumeur se prolonge dans l'aisselle. Pas d'adhérences ni profondes, ni superficielles. Dans cette tumeur mollasse, on sent une vague lobulation à gros lobe. Le diagnostic de lipome paramammaire s'impose.

12 janvier. — Après badigeonnage iodé et anesthésie à l'éther goutte à goutte, une incision est faite suivant le grand axe de la tumeur qui remonte au fond de l'aisselle, la masse lipomateuse se montre dès l'incision des parties superficielles et il est facile de la décoller d'une capsule fibro-celluleuse. Une portion de la tumeur déborde en avant et en arrière le bord externe de la mamelle qui est saine ; deux ligatures au catgut suffisent pour l'hémostase ; suture au crin de Florence, six points.

Réunion parfaite le 12 janvier, sans réaction fébrile. La tumeur pesait 1800 grammes. Elle était formée de gros lobes mous, séparés par des tractus fibro-celluleux.

La guérison persiste (mai 1911).

Observation XII

(Prof. Tédenat)

Lipome sous-mammaire du poids de 180 grammes. Excision. Guérison. (Observation recueillie par M. Zalachas)

Julie D.., 28 ans, entre dans le service de M. Tédenat (salle Dubreuil, n° 17, le 3 mars 1893).

Rien à noter dans les antécédents de famille. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Mariée à 21 ans. Pas de grossesse. Fièvre typhoïde à 18 ans peu grave. Rien à noter du côté des grands viscères.

Depuis 4 ans, le sein gauche augmente de volume len-

tement et sans douleurs, sauf parfois une certaine turgescence à l'époque des règles.

Le 4 mars, les deux seins sont bien développés, fermes et grenus, malgré un développement notable, mais point anormal du pannicule adipeux.

Le sein gauche est en saillie et mobile sur une tumeur mollasse qui le soulève et fait une saillie de deux à trois travers de doigt sous son bord inférieur. On peut s'assurer que la tumeur, à limites peu nettes, est distincte de la glande mammaire. La partie accessible de la tumeur est molle et paraît vaguement lobée. M. Tédenat porte le diagnostic : lipome sous-mammaire.

8 mai. — Incision courbe à concavité supérieure longeant la tumeur sur le bord inféro-externe du sein. Elle a sept centimètres de longueur. Le lipome est facile à décortiquer avec sa capsule ; hémorragie légère arrêtée par trois ligatures au catgut, cinq points de suture au crin de Florence ; pansement compressif. Réunion per primam.

Il s'agissait d'un lipome à gros lobes unis par de gros et rares tractus fibreux ; il pesait 180 grammes.

M. Tédenat a opéré cette malade en 1898 d'un kyste papillaire des deux ovaires. La guérison persistait en 1904.

Observation XIII

Lipome sous-périostique de la 5e côte gauche

Madame L.., 43 ans, solidement constituée, sans maladies antérieures. Un accouchement à 24 ans. Elle éprouve depuis 5 ou 6 mois quelques douleurs à la partie gauche du thorax. Là est sur la 5e côte, au ras de la base du sein,

une tumeur fluctuante un peu moins grosse qu'un œuf de poule et allongée suivant la côte.

M. Tédenat croit à un abcès sous-costal à cause de la fluctuation, des douleurs et d'une sorte d'induration bordant la tumeur. Incision. Il s'agit d'un lipome sous-périostique Réunion immédiate (d'après les notes de M. Lavie, interne à la clinique mutualiste, avril 1911).

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des tumeurs lipomateuses de la région du sein présente une physionomie très spéciale.

Le malade, le plus souvent une femme, n'ira trouver son médecin que si la tumeur acquiert un certain volume. Elle y sera poussée par cette notion, très répandue dans le vulgaire, que toutes les tumeurs du sein sont forcément de nature maligne et aussi par la crainte, bien compréhensible chez une femme, de se voir diminuée dans un organe qui prend une si grande part à son esthétique.

L'interrogatoire seul pourra déjà nous renseigner par les signes subjectifs que nous fournira le malade lui-même. Il s'agira d'une tumeur qui existe depuis longtemps ; quelquefois depuis plusieurs années, ou le malade l'avait remarquée alors qu'il était tout jeune. D'abord de faible volume (une noisette) quand elle a été remarquée, elle est devenue plus grosse ; mais cela progressivement et lentement.

Le malade n'a pas éprouvé de douleurs, ni spontanées, ni provoquées ; la pression sur la tumeur n'est pas douloureuse Comme cas de lipome douloureux nous n'avons trouvé que deux cas : celui de Bégouin:

« La tumeur, indolente au toucher, était le point de départ d'élancements douloureux qui s'irradiaient dans l'épaule et le bras droit jusqu'aux doigts et qui étaient assez pénibles pour éveiller le malade. » Et le cas de Péraire : « Lipome peu volumineux mais très douloureux de l'aisselle procurant des douleurs très vives qui s'exagéraient encore à l'époque des règles » L'élément douleur peut donc être considéré comme insignifiant ou même n'existant pas.

L'examen de la tumeur nous permettra de reconnaître une masse plus ou moins arrondie, mais ne faisant pas une saillie très appréciable sous la peau, à moins que la tumeur ne soit assez volumineuse ou qu'il s'agisse d'un homme. Le lipome rétro-mammaire de volume petit restera naturellement caché.

La peau qui recouvre la tumeur est normale, elle n'a changé ni de couleur, ni de souplesse. Le mamelon n'est ni rétracté, ni déprimé, sa coloration n'a pas changé. Dans un seul cas (observation de Velpeau), les tumeurs s'étant formées autour du mamelon, le bout du sein est enfermé comme au milieu d'une couronne, de plus la peau est amincie et rouge à ce niveau. Ce sont là des faits tout à fait rares.

La palpation permet de reconnaître une tumeur mollasse, de consistance pâteuse, qui roule sous le doigt, et peut donner la sensation d'une surface lobulée, s'il s'agit d'un lipome encapsulé. Le lipome diffus donne à peu de chose près les mêmes sensations au point de vue de la consistance ; mais les masses lipomateuses seront sensiblement séparées les unes des autres, leurs contours seront flous, mal délimités.

La palpation nous donnera d'autres renseignements. La tumeur sera libre d'adhérences, elle sera mobile

sous la peau et mobile sur les plans sous-jacents. Il n'y aura pas de ganglions hypertrophiés, ni dans l'aisselle, ni dans les creux sous et sus-claviculaires.

Enfin, l'état général du malade n'aura subi aucune altération et le malade ne se plaindra de rien autre que de sa difformité.

DIAGNOSTIC

Quel que complet que soit le tableau symptomatique du lipome de la région du sein, il est souvent très difficile de diagnostiquer une tumeur de cette nature.

La difficulté naîtra d'abord du nombre infini de tumeurs qui peuvent se développer dans cette région, soit chez la femme, soit chez l'homme.

De nombreuses erreurs ont été commises par des chirurgiens de talent. Velpeau, dans une de ses observations, dit qu'il n'avait pas songé à l'existence d'un lipome après examen de la tumeur qui lui paraissait être un adéna-fibrome. Pour nous, nous citerons le cas du professeur Tédenat où un lipome de la région mammaire fut pris pour un abcès froid.

Billroth, citant le cas d'un volumineux lipome rétro-mammaire, nous dit qu'il avait porté le diagnostic de cysto-sarcome et qu'il fut très étonné en reconnaissant qu'il avait affaire à un lipome.

Dans une autre observation de M. le Professeur Tédenat, le diagnostic porté fut celui d'adénome de la mamelle, or il s'agissait d'un lipome intra-glandulaire.

Le diagnostic d'avec les tumeurs malignes se fera facilement par élimination des différents signes qui sont propres à ces tumeurs. Celles-ci sont dures, rugueuses,

bosselées, se continuant sans démarcation bien nette avec les granulations de la glande ; elles sont immobilisées par les adhérences qu'elles contractent avec la peau et les tissus sous-jacents. La peau est modifiée dans sa souplesse et sa coloration, le mamelon est rétracté et à son niveau s'écoule le plus souvent un liquide roussâtre ; il y a de gros ganglions durs dans l'aisselle et dans le creux sus-claviculaire ; enfin, l'état général est modifié, le malade pâlit, maigrit et jaunit.

Les tumeurs bénignes, rondes, mobiles sous le doigt qui les explore, sans adhérences avec les tissus sus et sous-jacents et ne s'accompagnant pas d'envahissement ganglionnaire, peuvent en imposer pour des lipomes. Parmi ces dernières, les adénomes et les fibro adénomes peuvent être confondus avec le lipome.

L'hypertrophie graisseuse de la mamelle peut aussi prêter à confusion. Mais au lieu d'une tumeur nettement délimitée comme un lipome encapsulé, nous aurons une hypertrophie en masse de la glande entière. Aussi bien le lipome sera le plus souvent situé en dehors de la glande, sur les côtés ou en arrière ; il sera simplement accolé à l'organe ou même en sera nettement séparé.

Parmi les affections chroniques du sein, la mammite kystique, ou plutôt la mammite noueuse scléro-kystique, pourra prêter à confusion. Ici un syndrome bien étudié par Reclus devra guider le diagnostic, c'est qu'il n'y a pas de tumeur au sens propre du mot ; il peut exister une nodosité prépondérante, un kyste plus agrandi, mais des kystes nombreux sont semés dans la mamelle qui semble criblée de grains de plomb, de nodosités piriformes et dont les culs-de sac paraissent avoir été injectés à la cire. Enfin, la maladie kystique est, suivant le mot

de Tillaux, « oscillante ». Elle peut rétrocéder et présenter des réductions de volume.

La mastite chronique interstitielle peut aussi être confondue avec le lipome. Ici la graisse remplit les interstices entre les lobes ratatinés et indurés de la glande dont le volume est assez restreint. Entre les canaux glandulaires il y a inflammation du tissu interstitiel, qui font ressortir les différentes travées que forment les conduits galactophores. C'est cette sorte de lobulation qui pourra faire penser aux travées fibreuses du lipome encapsulé ; mais ici encore il n'y aura pas de tumeur à proprement parler et c'est la glande tout entière qui participera au processus de dégénérescence fibreuse.

Par ailleurs, le mamelon sera rétracté et semblera s'enfoncer de plus en plus au fond d'un entonnoir à mesure que s'accroîtra la tuméfaction du sein.

Nous avons vu, par l'observation de M. le Professeur Tédenat, qu'une tumeur lipomateuse de la région du sein en avait imposé pour un abcès froid d'origine costale.

Comme le conseille Nélaton, toutes les fois qu'il s'agira d'une tumeur bénigne, si le diagnostic est incertain, c'est à la ponction exploratrice qu'il faudra avoir recours.

Si l'hésitation, après l'opération persiste, l'examen macroscopique de la tumeur ayant fourni déjà des indications assez nettes, on s'adressera à l'examen microscopique qui lèvera tous les doutes.

PRONOSTIC

La preuve de la bénignité des tumeurs lipomateuses nous paraît avoir été faite suffisamment au cours de cette étude pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister davantage.

Le lipome est une tumeur à évolution purement locale. Quelque développement qu'il puisse atteindre, jamais la santé générale du malade n'a été influencée par lui d'une façon quelconque, comme le prouvent toutes les observations que nous avons citées.

Quelques-uns admettent la possibilité de la transformation du lipome en tumeur maligne, mais aucun fait n'est encore venu appuyer cette opinion.

Opéré, le lipome ne récidive jamais et, après l'opération, il n'y a aucune complication à craindre que celle qui peut résulter d'une mauvaise asepsie.

Le malade n'a pas de douleur, il ne voit pas l'état de sa santé se modifier et il ne se préoccupe de sa tumeur que si elle atteint un trop gros volume, ou bien, s'il a peur d'être porteur d'une tumeur maligne.

En résumé, le lipome est une tumeur bénigne dans son évolution si on la laisse se développer. Sans récidive si on l'opère.

TRAITEMENT

La thérapeutique du lipome est très simple, elle consiste dans l'ablation de la tumeur.

En réalité, l'indication d'opérer est rarement formelle.

S'il s'agit d'un lipome énorme, gênant les mouvements, embarrassant et fatigant par son poids, il y a lieu de débarrasser le malade.

Pour les petites tumeurs peu ou pas gênantes, le chirurgien peut facilement s'abstenir, à moins qu'il ne soit sollicité par le malade lui-même. La vraie indication d'opérer pour les petites tumeurs nous est fournie surtout par l'état d'esprit du malade.

Comme nous le disons par ailleurs, le malade est le plus souvent une femme et pour elle la tumeur qu'elle porte est toujours un cancer. Dans ce cas, la seule satisfaction à lui donner, la seule qui lui rendra toute sécurité d'esprit, c'est l'opération.

Le manuel opératoire est vraiment trop simple pour qu'il soit utile de le décrire par le menu.

Les précautions à prendre seront:

De respecter autant que possible la glande : cette prescription est surtout importante dans le cas de lipome intra-glandulaire, et nous voyons M. le Professeur Tédenat, dans un cas de ce genre, décortiquer lentement de façon à

séparer la tumeur de la glande sans léser cette dernière, à moins qu'il n'y ait impossibilité et qu'il faille enlever ensemble glande et tumeur.

Avec les progrès de l'asepsie, la réunion se fera toujours par première intention comme on peut en juger par les observations de M. le Professeur Tédenat.

Une préoccupation d'esthétique devra guider le chirurgien, surtout, s'il s'agit d'une femme et, si le siège de la tumeur le permet, l'incision devra être faite dans le sillon sous-mammaire.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu, dans ce travail, attirer l'attention sur une question un peu délaissée ; celle des lipomes de la région mammaire.

Ces tumeurs sont essentiellement bénignes et deviennent intéressantes par la difficulté de leur diagnostic.

Le traitement se résume dans l'ablation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Holmes. — System of surgery, vol. III, 1883, p. 189.

Brodie. — Lecturs of pathology and Surgery, p. 281 et 271.

Delbet et Le Dentu. — Traité Chirurgie, tome I.

Ardérodias. — Tumeur kystique de la mamelle (Journal de médecine de Bordeaux, 1892).

Billroth. — Deutsche chirur. Lief XLI.

Bryk. — Arch. f. Klin. Chir. Bd. XVII.

Astley-Cooper. — Illustrations of the diseases of the creast. London, 1829.

Cadiat. — Etude sur l'anatomie normale des tumeurs du sein.

Descamps. — Siège et classification des lipomes.

Baker and Boulby. — Medical-Chirurgical transactions, p. 69, 1886.

Dubrueil. — Tumeurs du sein. Gazette médicale, Paris 1888.

Etiévant. — Lipome de la région mammaire. Province médicale, décembre 1897.

Queirel. — Congrès français de Chirurgie, 1889, p. 171.

Paget. — The Lancet. vol I, 1894.

Lannelongue et Aicard. — Traité des tumeurs congénitales.

Horteloup. — Tumeurs du sein, 1872.

Jaccoud. — Dictionnaire. Sein.

Dechambre. — Dictionnaire. Sein.

Masse. — Gazette hebdomadaire de Bordeaux, 1897.
Hegetschweiller. — Uber das Lipom der mamma. Zurich, 1865.
Helfelder. De lipomate.
Olphan. — Thèse. Paris, 1880.
Laurent. Thèse. Paris, 1888.
Baillet. — Bulletin Société Anatomique, 1890.
Charvot. — Société de Chirurgie, 1891.
Labbé et Coyne. — Traité des maladies du sein.
Fanneau de La Cour. — Thèse Paris, 1871.
Swartz. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1905.
Péraire. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1907.
Velpeau. — Traité des maladies du sein.
Verneuil. — Structure intime du lipome.
Bulletin Société de Chirurgie, 9e série, I.
Nélaton — Des tumeurs de la mamelle. Paris, 1839.
Reclus. — Maladie kystique de la mamelle. Clinique chirurgicale de la Pitié, 1894.
Tillaux. Tumeurs fibro-plastiques du sein. Union médicale. Paris, 1893
Riberand. — Thèse. Paris, 1898.
Estradère. — Thèse. Bordeaux, 1898.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 juillet 1911
Le Doyen
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !